

ANNÉE 1928

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

CONSTANCE BUCSAN

Ancienne Interne pr. des Hôpitaux

Née le 24 Février 1896, à Ograda (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL ET CHIRURGICAL

DES

Hémorragies par insertion du Placenta
SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR

Etude critique des observations de la Clinique Baudelocque
(Service du Professeur Couvelaire) de 1920 à 1927

Président : COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1928

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553001_0046

ANNÉE 1928

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

CONSTANCE BUCSAN

Ancienne Interne pr. des Hôpitaux

Née le 24 Février 1896, à Ograda (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL ET CHIRURGICAL

DES

Hémorragies par insertion du Placenta

SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR

Etude critique des observations de la Clinique Baudelocque
(Service du Professeur Couvelaire) de 1920 à 1927

Président : COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1928

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSEY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique.	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI Pathologie médicale.	HEITZ-BOYER . . . Urologie.
AUBERTIN Pathologie médicale	HOVELACQUE . . . Anatomie.
BASSET Pathologie chirurgi- cale.	HUTINEL Pathologie médicale.
BAUDOUIN Pathologie médicale.	JOYEUX Parasitologie.
BINET Physiologie.	LABBÉ (Henri) . . . Chimie biologique.
BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.	LARDENNOIS . . . Pathologie chirurgi- cale.
BROCQ Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE Oto-rhino-laryng gie.
BRULÉ Pathologie médicale.	LÉVY-SOLAL Obstétrique.
CADENAT Pathologie chirurgi- cale.	LHERMITTE Pathologie mentale
CHABROL Pathologie médicale.	LIAN Pathologie médicale.
CHAMPY Histologie.	MATHIEU Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY Pathologie médicale.	METZGER Obstétrique.
CLERC Pathologie médicale.	MONDOR Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ Hygiène.	MOURE Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG Anatomie pathologi- que.	MULON Histologie.
DOGNON Physique.	PHILIBERT Bactériologie.
DONZELOT Pathologie médicale.	QUÉNU Pathologie chirurgi- cale.
DUVOIR Médecine légale.	RICHET Fils Physiologie.
ÉCALLE Obstétrique.	SÉZARY Dermatologie et sy- philigraphie.
FIESSINGER Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT (Pasteur) Pathologie médicale.
GARNIER Pathologie expéri- mentale.	VAUDESCAL Obstétrique.
GATELLIER Pathologie chirurgi- cale.	VELTER Ophtalmologie.
HARVIER Pathologie médicale.	VÉRNE Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
GOUGEROT Pathologie médicale.	RETTERER Histologie.
GUÉNIOT Obstétrique.	TANON Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	ÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	VILLABET. . . .	Clinique médicale.
LEREBoullet. . . .	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON AMIE SUZANNE DE LANGENHAGEN

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a fait le très grand honneur
de présider cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1920-1921	M. LE PROFESSEUR ROGER.
1921	M. LE PROFESSEUR HARTMANN.
1921-1922	M. LE DOCTEUR TRÉMOLIÈRES.
1922	M. LE DOCTEUR G. LION.

Externat

1922-1923	M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOCQUOT.
1923-1924	M. LE DOCTEUR AVIRAGNET.
1924-1925	M. LE DOCTEUR WEILL-HALLÉ.
1925-1926	M. LE DOCTEUR RAVAUT.

Internat provisoire

1926-1927	M. LE DOCTEUR CANTONNET.
-----------	--------------------------

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OKINCZYC
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PORTES
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

A M. LE DOCTEUR DESNOYERS
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

A M. LE DOCTEUR LACOMME
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

Qui nous a guidé de ses conseils précieux. En témoignage de notre grande reconnaissance.

A M. LENORMAND

Témoignage d'amitié.

AUX DOCTEURS FERRAND, NIEL, FRANÇOIS

A la première page de cette thèse, je désire apporter à M. le professeur COUVELAIRE l'hommage de ma très respectueuse admiration et de ma très vive reconnaissance pour l'accueil affectueux que j'ai reçu de lui et des siens.

Introduction

Les thérapeutiques mises en œuvre pour lutter contre les hémorragies liées à une insertion du placenta sur le segment inférieur, sont nombreuses et paraissent, au premier abord, reposer sur des principes bien différents les uns des autres.

Avant même que Portal, en 1785, ait nettement établi le rapport existant entre l'hémorragie et le siège d'insertion du placenta, avant même la communication de Petit à l'Académie royale des sciences, en 1723, le syndrome clinique était connu.

Contre les hémorragies du travail, Ambroise Paré avait recours à l'évacuation rapide de l'utérus après dilatation manuelle de l'orifice cervical. Cette méthode « d'accouchement forcé » a été depuis lors pratiquée par nombre d'accoucheurs.

Les dangers de cette méthode amenèrent Puzos à proposer la rupture des membranes, Leroux à proposer le tamponnement, puis, au ^{xix}^e siècle, apparurent les procédés de Simpson, de Brixton Hicks et enfin les ballons incompressibles de Champetier de Ribes, qui, tout en réalisant l'hémostase, permettaient à la contraction utérine de dilater sans effraction l'orifice utérin.

A regarder de près, toutes les techniques proposées sont moins différentes en réalité qu'en apparence.

Ce sont des modalités diverses de deux méthodes :

La première de ces méthodes, celle d'Ambroise Paré, comme celle des partisans actuels des hystérotomies, est basée sur ce fait que l'hémorragie cesse après l'évacuation de l'utérus. Négligeant l'hémorragie, tous leurs efforts tendent à accélérer l'évacuation de l'utérus.

L'accouchement forcé, si dangereux en raison des déchirures ascendantes dont il se complique trop souvent, doit être radicalement abandonné.

Les hystérotomies avec leurs techniques réglées, ne présentent pas les mêmes dangers et doivent se substituer à la violence aveugle de l'accouchement forcé, lorsque l'on veut réaliser l'évacuation rapide de l'utérus.

La deuxième de ces méthodes part d'un principe tout à fait différent : le but à atteindre est beaucoup moins l'évacuation immédiate de l'utérus que l'arrêt du décollement placentaire et, par voie de conséquence, l'arrêt de l'hémorragie. Dans la lutte contre l'hémorragie, nous n'insisterons pas sur le tamponnement vaginal aveugle et dangereux que préconisa pour la première fois Leroux. Nous pensons qu'il doit être, à l'heure actuelle, entièrement rejeté.

La manœuvre essentielle est la rupture large des membranes. Elle a pour but de réaliser l'hémostase en supprimant la cause de décollement placentaire, à savoir le tiraillement des membranes.

Puzos la conseilla, avec d'ailleurs l'idée d'accélérer l'accouchement par un procédé non violent, l'associant à une prudente dilatation digitale destinée à exciter la contractilité de l'utérus.

Manœuvre souvent efficace et suffisante, mais non toujours, l'hémorragie pouvant persister au cours des contractions utérines du travail. Pour parer à ces échecs de la méthode, on en vint à compléter l'action de la rupture des membranes par l'introduction dans l'œuf, au niveau du segment inférieur et du col, d'un coin dilateur et

hémostatique : siège du fœtus ou ballon de Champetier de Ribes.

Ces techniques permirent un moment de penser que l'on était définitivement en mesure de maîtriser l'hémorragie. Pendant toute la fin du **xix^e** siècle et le début du **xx^e**, cette conception semble avoir nettement prévalu. La pratique devait montrer cependant les inconvénients et parfois les échecs des méthodes d'hémostase. La bénignité relative des évacuations rapides de l'utérus par voie chirurgicale, complétée si on le désire par l'hémostase parfaite, que réalise la ligature des pédicules vasculaires nécessitée par l'hystérectomie, devait inévitablement ranimer la discussion.

En fait, il n'y a pas de méthode unique exclusivement chirurgicale ou exclusivement obstétricale, il y a des cas particuliers qui sont justiciables de l'une ou de l'autre méthode.

Et c'est à déterminer leurs indications respectives que nous devons nous attacher par l'étude objective des faits.

C'est dans cet esprit que nous apportons des documents, représentés par 125 observations d'hémorragies par insertion vicieuse, observées en série rigoureusement continue, à la clinique Baudelocque depuis 1920 jusqu'au 1^{er} janvier 1927.

PREMIÈRE PARTIE

Etude analytique d'ensemble

Nous avons pu réunir 125 cas d'hémorragies liées à une insertion vicieuse du placenta, observés en série continue, depuis le 1^{er} janvier 1920 jusqu'au 1^{er} 1927, sur un nombre total d'accouchements de : 27.575.

Nous avons négligé toutes les insertions vicieuses qui ne se sont manifestées par aucune hémorragie.

Ces 125 cas d'insertion vicieuse concernent 39 primipares et 86 multipares.

Les hémorragies se sont produites :

- 1° Dans 30 cas uniquement au cours de la gestation;
- 2° Dans 95 cas au cours de la parturition (travail et délivrance).

Sur ces 95 cas il y a eu :

- 49 cas d'hémorragie de la gestation et du travail;
- 12 cas d'hémorragies de la gestation du travail et de la délivrance;
- 27 cas d'hémorragies du travail uniques;
- 4 cas d'hémorragies du travail et de la délivrance;
- 3 cas d'hémorragies uniques de la délivrance.

Pendant la période de 1920 à 1926 on a opposé à ces hémorragies une thérapeutique soit obstétricale, soit chirurgicale.

Les résultats globaux nous donnent une mortalité maternelle de 4 pour 125 cas, une mortalité fœtale de 44 pour 125 cas.

Notons que quatre de ces observations concernent des femmes, dont le travail s'est effectué partiellement en dehors de la clinique et que c'est parmi ces quatre femmes, que se rangent deux de nos cas de mort.

Nous étudierons notre statistique en nous plaçant surtout au point de vue thérapeutique.

Pour la clarté de cette étude, nous envisagerons les hémorragies à deux périodes :

- 1° Au cours de la gestation;
- 2° Au cours de la parturition.

CHAPITRE I

ETUDE DES HÉMORRAGIES AU COURS DE LA GESTATION

I. CARACTÈRES GÉNÉRAUX

Sur 125 cas d'hémorragies par insertion vicieuse du placenta, 71 fois l'hémorragie a débuté pendant la gestation.

a) Date d'apparition au cours de la Gestation.

On les voit débiter à toutes les périodes de la gestation depuis le 1^{er} jusqu'au 9^e mois.

Cependant leur fréquence va en augmentant dans les quatre derniers mois, pour atteindre son maximum au cours du 9^e mois.

Ainsi dans les 71 cas, l'hémorragie a débuté :

Au cours du 1 ^{er} mois dans 7 cas			
—	2 ^e	—	4 —
—	3 ^e	—	5 —
—	4 ^e	—	7 —
—	5 ^e	—	6 —
—	6 ^e	—	11 —
—	7 ^e	—	18 —
—	8 ^e	—	14 —
—	9 ^e	—	19 —

Nous attirons l'attention sur le fait que la date d'apparition est souvent reportée dans les six premiers mois de la gestation.

b) Description des hémorragies.

1° Répétition.

Dans 23 cas les hémorragies furent uniques.

Dans 59 cas les hémorragies se sont répétées pendant la gestation, à des intervalles variables : tantôt dans les jours suivants, tantôt à des semaines ou des mois d'intervalle, cela échappe à toute description clinique.

Dans 9 cas les hémorragies furent presque continues jusqu'au début du travail.

2° Abondance.

L'abondance de ces hémorragies fut également très variable selon les cas. Dans l'appréciation d'une hémorragie, il faut tenir compte non seulement de la quantité de sang que la femme a perdu et qui est d'ailleurs extrêmement difficile à déterminer, mais encore du retentissement sur l'état général. Aussi est-il très difficile de les faire rentrer dans les cadres d'un schéma.

Ce n'est que d'une façon tout à fait grossière que nous les divisons en trois catégories :

Hémorragies légères,

Hémorragies de moyenne abondance,

Hémorragies très abondantes.

Dans 29 cas l'hémorragie a été légère.

Dans 37 cas l'hémorragie a été de moyenne abondance.

Dans 25 cas l'hémorragie a été très abondante.

Sur ces derniers 25 cas, nous avons retenu :

2 cas d'abondance cataclysmique,
5 cas d'abondance par continuité,

et dont l'un d'eux se termina par une hystérectomie au cours de la gestation.

II. EVOLUTION DE L'HEMORRAGIE

Nous avons retrouvé les caractères habituels de l'hémorragie : le début brusque, l'indolence, l'intermittence, enfin la tendance à l'arrêt spontané.

Mais nous voulons surtout insister, non pas sur l'évolution de chacune des hémorragies prise en elle-même, mais sur l'évolution des hémorragies prise dans son ensemble.

A ce point de vue, nos 91 observations se divisent en trois groupes :

1^{er} groupe : concernant les hémorragies qui, par leur abondance, ont fait poser l'indication d'une interruption de la gestation;

2^e groupe : concernant les hémorragies qui ont permis à la gestation d'évoluer normalement jusqu'au déclanchement spontané du travail, sans se reproduire au cours du travail;

3^e groupe : concernant les hémorragies qui ont laissé la gestation évoluer, mais se sont reproduites au moment du travail ou de la délivrance.

Nous allons étudier immédiatement les deux premiers groupes. Nous étudierons le troisième groupe plus loin, au chapitre des hémorragies du travail.

Etude du 1^{er} groupe.

Dans 4 cas sur 91, on a posé l'indication d'intervenir avant tout début de travail.

Dans deux cas, cette intervention a été dictée par la nécessité de mettre fin à des phénomènes d'infection amniotique développés à la suite d'une rupture spontanée prématurée des membranes.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une hémorragie très abondante et répétée, survenue à la fin du 6^e mois de la gestation, chez une multipare, et qui cessa spontanément après la rupture spontanée des membranes. Celle-ci fut suivie d'une procidence du cordon dépourvu de battements. La femme avait 39° de température, un pouls à 128. L'on mit plusieurs ballons successifs pour hâter l'évacuation de l'utérus, la dilatation progressant très difficilement.

Environ 39 heures après la pose du premier ballon, l'on extrait le fœtus qui était en position transversale. L'on pratiqua immédiatement une délivrance artificielle. Les suites de couches furent fébriles, durant vingt jours, avec phénomènes douloureux polyarticulaires et abcès de l'aîne et de la cuisse droites.

Le deuxième cas a nécessité une intervention pour des signes d'infection amniotiques, consécutive à une rupture prématurée des membranes, chez une multipare très anémiée par des hémorragies répétées et présentant en outre une viciation pelvienne, un col scléreux et 38° de température. L'hystérectomie, évidemment, s'imposait.

Dans les deux autres cas, l'indication d'intervenir a été posée sur l'hémorragie, dont la gravité menaçait la vie des malades.

Dans le premier cas l'on fit au 9^e mois, chez une II pare, une césarienne basse préventive, les membranes étant intactes (l'enfant étant vivant, la femme près du terme), pour une hémorragie unique, particulièrement abondante, due à un placenta recouvrant dont le diagnostic,

fait par le toucher vaginal, fut vérifié à l'intervention. (Voir obs. 2.097, année 1926 in extenso, fin de la thèse).

Dans le deuxième cas, l'on posa un ballon au 7^e mois pour hémorragies très abondantes, non arrêtées par la rupture prématurée des membranes. La femme avait 38°5 de température, un pouls à 120; après dilatation aux bougies de Hegar, l'on posa un ballon de 650 grammes. L'hémorragie s'arrêta. Un enfant mort de 1.140 grammes fut expulsé. La délivrance se passa sans incidents. Les suites de couches furent fébriles pendant vingt jours. La mensuration des membranes : 0/28.

Etude du 2^e groupe.

A ce groupe d'hémorragies, rares, nécessitant une thérapeutique active, nous opposerons un groupe d'hémorragies beaucoup plus fréquentes, à évolution si simple, qu'aucune thérapeutique ne fut nécessaire, ni pendant la gestation, ni pendant le travail.

Ce groupe comprend 26 femmes qui ont pu mener leur gestation jusqu'au déclenchement spontané du travail sans voir reparaitre aucune hémorragie au cours de la parturition.

Abondantes ou légères, uniques ou répétées, les hémorragies de ce groupe n'ont nécessité à aucun moment aucune thérapeutique.

Malgré toutes les craintes que l'on était en droit d'avoir, l'accouchement s'effectua dans les conditions les plus simples. Seule une version fut faite pour présentation de l'épaule et une application de forceps pour lenteur de l'expulsion, opérations qui n'ont rien à voir avec l'hémorragie complètement arrêtée dans les deux cas.

Notons seulement que le travail a été souvent prématuré. En effet, sur 26 cas, il a eu lieu :

Au 6^e mois, dans 2 cas;

Au 7^e mois, dans 3 cas;

Au 8^e mois, dans 5 cas;

Au 9^e mois, dans 9 cas;

A terme, dans 7 cas.

Au total, 19 fois sur 26, il y a eu travail prématuré, et 5 fois seulement sur 19 il y a eu rupture spontanée prématurée des membranes.

Le déclenchement prématuré du travail n'est donc pas toujours en rapport avec la rupture prématurée des membranes.

Ces 26 accouchements se terminèrent par la naissance de 22 enfants vivants. Parmi les 4 morts figure un enfant né par le siège, partiellement expulsé en vrille et dont la tête, retenue, fut extraite à la clinique. Les trois autres étaient des prématurés pesant moins de 1.800 grammes.

Les suites de couches furent de même presque toujours simples.

Notons cependant quatre observations de suites de couches fébriles :

2 après rupture prématurée des membranes;

2 après rupture tempestive des membranes.

Sans relever aucun cas de gravité particulière, ces quatre observations rappellent l'importance, au point de vue pronostic, des hémorragies survenant au cours de la gestation.

Les 26 observations précédentes nous montrent une évolution tellement favorable qu'il serait précieux de pouvoir les distinguer de celles qui se reproduisent au cours du travail. Nous avons cherché les caractères différentiels sans en découvrir.

Il est vraisemblable que ces caractères distinctifs n'existent pas et que c'est par suite du hasard que constitue

la rupture prématurée des membranes que dans la majorité des cas aucun accident ne s'est produit pendant le travail.

En effet, sur ces 26 cas, 14 fois il y a eu rupture spontanée des membranes prématurée ou précoce (1). Il est vrai que dans 12 autres cas la rupture des membranes fut tempestive et l'hémorragie ne s'est pas reproduite.

Il est certain que cette absence de reprise de l'hémorragie au moment du travail, qu'il y ait eu ou non rupture des membranes, est fonction du siège d'insertion du placenta et de la descente de la présentation à la suite de la rupture des membranes.

Aucune de ces observations ne concerne des cas de placenta recouvrant.

Dans la grande majorité des cas, il s'agissait d'insertion latérale d'une part, et d'autre part on a noté un bon appui de la présentation sur le col.

Nous donnons d'ailleurs ci-dessous les chiffres de mensuration des petits côtés des membranes concernant ces 26 cas :

Mensuration du petit côté des membranes	Nombre des cas
0 cm.	4
1 cm.	3
2 cm.	4
3 cm.	1
4 cm.	3
5 cm.	2
6 cm.	5
8 cm.	1
9 cm.	1

(1) 5 ruptures prématurées et 9 précises.

Dans deux cas la mensuration n'a pas pu être faite.

Nous retrouverons ces mêmes types d'insertion vicieuse en étudiant les hémorragies qui se sont reproduites au moment du travail.

L'étude de ces deux groupes d'hémorragies de la gestation nous permet d'arriver aux conclusions suivantes :

1° Les hémorragies de la gestation nécessitant une thérapeutique active au cours de la gestation, sont très rares;

2° Il est des hémorragies de la gestation qui ne se reproduisent pas au moment du travail et qui ne nécessitent à aucun moment un traitement quelconque. Il est impossible d'en faire le diagnostic, d'avec les hémorragies qui vont se reproduire au cours du travail.

*
**

Ayant éliminé dès maintenant les 30 observations des deux groupes précédents dont la thérapeutique ne pouvait se poser que pendant la gestation, il nous reste à étudier le troisième groupe, le plus nombreux, qui comprend 61 cas, groupe aussi le plus intéressant. Les hémorragies de ce groupe ont posé un problème thérapeutique non pas pendant la gestation, mais pendant le travail. Nous les joindrons aux 34 observations des hémorragies qui sont apparues pour la première fois au cours du travail. Du point de vue thérapeutique, l'ensemble de ces 95 observations forment un tout qu'il est inutile de séparer.

CHAPITRE II

ETUDE DES HÉMORRAGIES AU COURS DU TRAVAIL

Nous étudierons d'un seul bloc les 95 observations concernant les femmes ayant présenté des hémorragies au cours du travail, qu'elles aient saigné ou non pendant la gestation.

I

DATE D'APPARITION DU TRAVAIL

Nous avons observé le déclanchement prématuré du travail avant le terme normal de la gestation dans 76 cas sur 95.

Dans 50 cas il s'agissait de femmes ayant déjà présenté des hémorragies au cours de la gestation.

Apparition du travail :

Au 5^e mois, 1 cas;

Au 6^e mois, 2 cas;

Au 7^e mois, 9 cas;

Au 8^e mois, 13 cas;

Au 9^e mois, 25 cas.

Dans 26 cas il s'agissait de femmes qui, pour la pre-

mière fois, présentaient des hémorragies au cours du travail ou seulement au moment de la période de délivrance.

Apparition du travail :

Au 6^e mois, 2 cas;

Au 7^e mois, 2 cas;

Au 8^e mois, 4 cas;

Au 9^e mois, 18 cas.

11 fois seulement sur ces 76 observations, le travail prématuré a suivi une rupture prématurée des membranes.

II

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES HÉMORRAGIES

Nous avons retrouvé dans nos observations les caractères classiques des hémorragies du travail, avec leur tendance à persister tant que persistent les causes qui les provoquent. C'est dire que dans la grande majorité des cas on a dû intervenir, sauf lorsque cette intervention a été rendue inutile par la survenue d'une rupture prématurée spontanée des membranes.

Abondance.

Parmi ces hémorragies, nous pouvons grossièrement distinguer des hémorragies légères, des hémorragies de moyenne abondance, enfin des hémorragies graves avec altération de l'état général.

Sur 95 observations, nous avons noté :

20 hémorragies légères;

41 hémorragies importantes, avec bon état général;

34 hémorragies graves, avec signes d'anémie aiguë.

Sur ces 34 dernières femmes, 26 avaient déjà présenté des hémorragies au cours de leur gestation.

A quel moment du travail sont-elles apparues ?

a) Chez les femmes qui ont déjà saigné pendant leur gestation :

Dans 53 cas elles apparurent au début du travail;

Dans 5 cas elles apparurent au cours de la période de dilatation;

Dans 3 cas pendant la période d'expulsion.

b) Chez les femmes qui, pour la première fois, saignaient au moment du travail :

Dans 31 cas les hémorragies apparurent au début du travail;

Dans 3 cas aussitôt après l'expulsion.

III

EVOLUTION DES HÉMORRAGIES DU TRAVAIL

Nous étudierons l'évolution des hémorragies en fonction des thérapeutiques diverses qu'elles ont nécessité.

Les directives qui ont été suivies à la clinique ont été, d'une façon générale, les suivantes :

1° Dans tous les cas, sauf exception rare, on a toujours cherché à obtenir d'abord l'hémostase, par la *rupture artificielle large des membranes* toutes les fois que cette rupture ne s'était pas produite spontanément;

2° Toutes les fois que la rupture s'est montrée insuffisante, on a pratiqué des *interventions complémentaires* diverses, le plus souvent obstétricales (en particulier mise

en place de ballons de Champetier de Ribes : 16 cas), beaucoup plus rarement chirurgicales (3 fois);

3° Dans 6 cas enfin l'on a pratiqué *d'emblée* une *intervention chirurgicale*.

Nos observations se classent donc tout naturellement en trois groupes, que nous étudierons successivement :

1^{er} groupe : comprenant les cas où la rupture des membranes (spontanée ou artificielle) a été suffisante pour arrêter l'hémorragie;

2^e groupe : comprenant les cas où cette rupture des membranes a été insuffisante pour arrêter l'hémorragie;

3^e groupe : comprenant les cas où, d'emblée, l'on est intervenu chirurgicalement.

Premier groupe : La rupture spontanée ou artificielle des membranes a été suffisante pour arrêter l'hémorragie

Sur 90 cas traités obstétricalement, dans 70 cas la rupture des membranes a été suffisante pour arrêter l'hémorragie :

Dans 28 cas, la rupture avait été spontanée;

Dans 42 cas on a dû la pratiquer artificiellement.

Notre statistique confirme donc cette notion classique que dans plus des deux tiers des cas, les hémorragies par insertion vicieuse du placenta sont arrêtées par la simple rupture des membranes.

Nous faisons remarquer qu'elle est susceptible d'arrêter aussi bien les hémorragies légères que les hémorragies impressionnantes par leur abondance.

Le résultat obtenu dépend essentiellement du mode d'insertion du placenta, insertion latérale ou marginale, dont le diagnostic peut être posé au début du travail.

Nous nous permettons d'avancer cette notion parce que, dans un certain nombre d'observations, nous avons pu déterminer approximativement le siège d'insertion du placenta, soit par la mensuration, soit par les renseignements fournis par le toucher au cours du travail, soit par les deux méthodes à la fois.

Nous donnons ci-dessous, d'une part, le chiffre de mensuration des petits côtés des membranes, d'autre part les renseignements fournis par le toucher vaginal dans les 70 observations où la rupture des membranes a été suffisante pour arrêter l'hémorragie.

Mensuration du petit côté des membranes :

0 cm.	21 cas.
1 cm.	2 —
2 cm.	4 —
3 cm.	8 —
4 cm.	6 —
5 cm.	4 —
6 cm.	2 —
8 cm.	1 —
9 cm.	1 —

Toucher vaginal et mensuration :

- 0/30 : masse placentaire empiétant sur l'orifice cervical;
- 0/38 : on sent la placenta à travers l'orifice cervical;
- 0/ : placenta marginal;
- 0/35 : le placenta débordé l'orifice cervical;
- 0/36 : placenta marginal;
- 0/55 : on sent une languette marginale;
- 1/35 : on sent une languette marginale.

Renseignements fournis par le toucher vaginal seul :

Dans 9 cas : on sent des cotylédons décollés qui pendent dans l'orifice cervical.

Dans 1 cas : placenta marginal.

Dans 1 cas : l'insertion basse est certaine, on arrive immédiatement sur l'insertion du cordon sur le bord inférieur.

Toucher vaginal et mensuration négatives :

3 cas, dont 2 bassins viciés, avec placenta inaccessible au toucher digital.

De ces observations se dégage un fait de première importance : dans aucun de ces 70 cas où la rupture des membranes s'est montrée efficace, l'on n'a constaté l'existence d'un placenta recouvrant primitivement l'orifice interne. Il s'agissait soit d'insertion latérale, soit d'insertion marginale (dans un certain nombre de cas, mais pas dans tous).

La variété anatomique ne conditionne cependant pas seule le succès de la rupture des membranes, un autre facteur intervient probablement, souvent noté dans nos observations : c'est la descente de la présentation qui vient appuyer sur les bords de l'orifice cervical, assurant non seulement l'hémostase, mais la dilatation du col.

L'hémostase étant réalisée, nous devons étudier maintenant :

- 1° Le mode de terminaison de l'accouchement;
- 2° L'évolution de la délivrance;
- 3° Les résultats pour les mères et pour les enfants.

1^o). Mode de terminaison de l'accouchement.

Sur 70 observations, nous avons noté :

- 63 accouchements spontanés;
- 7 accouchements artificiels qui se répartissent ainsi:
 - 2 versions : une pour présentation de l'épau-
le, l'autre pour un siège, avec manœuvre
de Mauriceau sur tête dernière et déli-
vrance artificielle immédiate;
 - 1 extraction de siège suivie de délivrance arti-
ficielle;
 - 1 embryotomie avec basiotripsie sur tête der-
nière.
- 3 applications de forceps, dont :
 - 2 pour défaut de progression de la tête;
 - 1 pour modification des bruits du cœur.

2^o) La période de délivrance.

Elle est particulièrement intéressante à étudier.

Dans 24 cas sur 70 il y a eu des incidents au moment de la délivrance.

Nous ne faisons que signaler 8 observations où l'on a fait une délivrance artificielle, pour d'autres raisons qu'une reprise de l'hémorragie :

- 1 fois pour décollement incomplet du placenta;
- 1 fois pour état de shock sans hémorragie;
- 6 fois après extraction artificielle du fœtus.

Nous insisterons tout particulièrement sur les 16 autres observations, qui montrent une reprise de l'hémorragie au moment de la délivrance.

L'hémorragie s'est produite dans 14 cas avant l'expul-
sion du placenta :

2 fois aussitôt après une extraction au forceps;
12 fois moins d'une demi-heure après l'expulsion du fœtus.

Dans 2 cas elle s'est produite après la délivrance naturelle.

La lecture de nos observations montre que cette reprise de l'hémorragie au cours de la délivrance est toujours inquiétante.

En particulier, dans 13 observations (sur 16), elle fut impressionnante par la brusquerie de son début, par son abondance et par les signes généraux graves qui l'accompagnèrent.

Nous avons pu faire, au sujet de ces hémorragies sérieuses, deux remarques :

1° Les signes d'anémie graves s'observent rapidement chez les femmes qui avaient déjà présenté des hémorragies et surtout des hémorragies longtemps prolongées, au cours de leur gestation (10 cas sur 16);

2° Les hémorragies qui semblent avoir donné le maximum d'inquiétudes sont celles qui surviennent après la délivrance naturelle ou artificielle. Un des deux cas observés se termina d'ailleurs par la mort (voir obs. in extenso, fin de la thèse, n° 1.658, année 1926).

Nous insistons dès maintenant sur l'éventualité toujours grave que constitue la reprise de l'hémorragie au cours de la délivrance.

3°) Résultats.

a) Mortalité maternelle :

Sur 70 observations où la rupture des membranes fut employée avec succès, nous avons eu à déplorer un seul cas de mort de la femme. La mort se produisit à la suite

d'une hémorragie survenue après la délivrance. Mais l'hémorragie n'est probablement pas seule en cause, car la malade présentait des troubles cardiaques importants (voir obs. in extenso, fin de la thèse, n° 1.658, année 1926).

b) *Morbidité maternelle :*

Il nous a semblé intéressant d'étudier les suites de couches dans toutes ces observations.

Sur 70 cas, nous en trouvons 22 où les suites de couches furent fébriles, avec utérus gros et douloureux, des lochies fétides.

La période fébrile fut variable avec les cas, dans sa durée : depuis quelques jours à un mois et dans son intensité; depuis la température légère ne dépassant pas 38° jusqu'aux courbes thermiques irrégulières oscillant entre 39° et 40°.

Sur ces 22 observations, dans 14 cas il s'agissait d'accouchements spontanés, dont 6 après une rupture spontanée des membranes, 8 après une rupture artificielle des membranes. Dans un cas l'on a noté une périphlébite; dans un autre un thrombus périnéal.

Dans 8 cas il s'agissait de femmes ayant subi des interventions complémentaires ainsi réparties :

5 délivrances artificielles pour hémorragies;

1 révision utérine;

1 embryotomie et basiotripsie suivie de délivrance artificielle;

1 forceps suivi de délivrance artificielle.

Sur le nombre total de 70 observations, 22 cas de suites de couches fébriles n'a rien qui puisse étonner, surtout si l'on tient compte du nombre relativement élevé des interventions complémentaires d'extraction ou d'hémostase.

Nous relevons cependant des suites de couches fébriles après plusieurs accouchements normaux spontanés, suivis de délivrance naturelle.

Peut-être n'est-il pas sans intérêt de remarquer que dans ces cas (10 fois sur 14) il s'agissait de femmes qui avaient saigné pendant leur gestation.

Nous signalons cette morbidité en insistant sur le fait qu'elle n'a jamais présenté de gravité ni inspiré aucune inquiétude.

c) *Résultats pour les enfants :*

Sur 70 observations, 22 enfants sont nés morts ou ont succombé avant leur sortie de la clinique.

Sur ces 22 cas :

3 enfants étaient morts avant le début du travail (macérés);

15 enfants sont morts pendant le travail;

3 enfants sont morts dans les 48 heures qui ont suivi l'accouchement;

1 enfant prématuré est mort 17 jours après l'accouchement.

A priori cette mortalité fœtale est donc extrêmement élevée, puisqu'elle est de l'ordre de 30 p. 100.

Si l'on s'en tient à ce chiffre, on serait tenté de dire, que la méthode thérapeutique qui comporte un déchet aussi important est mauvaise.

Cependant les 3 enfants macérés, quelles que soient les méthodes employées, n'auraient pas pu être sauvés.

Parmi les autres, quelques-uns ont succombé très rapidement, soit à une hémorragie survenue brutalement (8), soit à une procidence (1) du cordon (3) après rupture

(1) Le nombre des procidence du cordon est de 3. La 3^e a été observée après une rupture artificielle des membranes.

spontanée précoce des membranes. On est en droit de penser que la soudaineté de l'accident, n'aurait peut-être pas permis de les sauver par aucune thérapeutique.

Cependant il est indiscutable que bon nombre d'entre eux, sont restés vivants, jusqu'à une période avancée du travail et que leur mort est le résultat d'une souffrance progressive qui aurait pu laisser le temps d'intervenir.

Mais il y a lieu d'observer que la survie de bon nombre d'entre eux était problématique.

Considérons en effet le poids des 19 enfants qui vivaient encore au début du travail, nous trouvons :

Enfants de moins de 2.000 gr.....	6
— de 2.000 à 2.500 gr.....	5
— au-dessus de 2.500 gr.....	8

Tels sont dans leur ensemble les résultats fournis par l'étude de nos 70 observations.

Plusieurs notions se sont imposées à notre attention :

- 1° L'importance de l'hémorragie ne permet pas de prévoir si l'hémostase sera ou non obtenue par la rupture des membranes;
- 2° Les variétés anatomiques d'insertion vicieuse du placenta, dans lesquelles la rupture des membranes s'est montrée efficace, sont toujours des variétés latérales ou marginales;
- 3° La reprise possible et imprévisible de l'hémorragie au moment de la délivrance, constitue un réel facteur de gravité, dans les cas que nous avons étudiés;
- 4° La mortalité fœtale résulte pour une grande part de la prématuration.

Deuxième groupe : La rupture des membranes ayant été insuffisante, on a recouru à des interventions obstétricales complémentaires d'hémostase

Sur 90 cas traités par la rupture des membranes, vingt fois celle-ci se montra insuffisante pour arrêter l'hémorragie : dix-sept fois on eut recours pour parer à l'échec à des procédés obstétricaux, trois fois à des procédés chirurgicaux.

Nous n'étudierons ici que les 17 observations où l'on mit en œuvre des moyens obstétricaux.

Sur ces 17 cas l'on a recouru :

- 1 fois à la version de Brixton Hicks,
- 16 fois à la pose de ballons.

1^o Dans le premier cas, traité par la version de Brixton Hicks, il s'agissait d'une femme arrivée de ville tardivement à la clinique, en état d'anémie aiguë due à des hémorragies survenues pendant sa gestation et surtout depuis le début du travail. Elle présentait un placenta recouvrant.

On pratiqua d'extrême urgence l'abaissement d'un pied qui arrêta l'hémorragie. On put extraire l'enfant quelques heures plus tard. Mais un quart d'heure après la délivrance naturelle, l'hémorragie reprit et malgré un tamponnement utéro-vaginal, dont nous soulignons l'inefficacité, elle succomba (voir obs. 2.326, année 1926, in extenso, fin de la thèse).

2^o Dans les 16 autres cas, l'on mit en place des ballons intra-utérins (7 après rupture spontanée, 9 après rupture artificielle des membranes).

13 fois cette thérapeutique suffit à arrêter l'hémorragie au cours du travail, 3 fois elle fut insuffisante.

Nous analyserons d'abord ces trois échecs :

Dans un cas l'échec fut suivi de mort.

Il s'agissait d'une femme présentant une tuberculose pulmonaire gravement évolutive et qui avait déjà saigné au cours de sa gestation. Le ballon dut être introduit au travers du placenta qui était véritablement praevia. Cette femme mourut non accouchée (voir obs. n° 1.423, année 1924, in extenso, fin thèse).

Dans deux cas, l'on put parer à l'échec du ballon en temps opportun :

Une fois par la manœuvre de Simpson, qui arrêta l'hémorragie. Mais l'extraction de l'enfant nécessita une basiotripsie sur la tête dernière retenue par la rétraction du col. On pratiqua de plus une délivrance artificielle et une révision utérine immédiate;

Une autre fois par une hystérectomie. Un ballon fut mis en place au 7^e mois chez une II pare et chez qui on porta, dès le début du travail, le diagnostic de placenta marginal. L'hémorragie continua, de telle sorte que deux heures après on recourut à l'hémostase chirurgicale. Mais l'état général était mauvais et une transfusion de sang permit seule, d'opérer dans des conditions acceptables. La césarienne fut jugée inutile, l'enfant étant mort, et dangereuse, la moindre perte de sang pouvant aggraver l'état de la femme.

À l'examen de la pièce, il s'agissait d'un placenta recouvrant diffus; on avait pénétré dans l'œuf au niveau d'une zone amincie qui avait donné l'impression d'une zone membraneuse (voir obs. n° 410, année 1926, in extenso, fin de la thèse).

La gravité de ces échecs du ballon est donc nette. Le nombre d'échec est, en outre, impressionnant : 13 cas sur 16. Il nous semble intéressant de rechercher si la variété anatomique d'insertion vicieuse peut nous expliquer, d'une part, l'insuffisance de la rupture des membranes ayant nécessité la pose de ballons et, d'autre part, les échecs de ces derniers.

La variété anatomique a été contrôlée par la mensuration ou par le toucher vaginal au moment du travail, ou par les deux procédés à la fois.

Nous donnons ci-dessous les chiffres de mensuration du petit côté des membranes, ainsi que les renseignements fournis par le toucher vaginal :

1° Dans les 13 cas où l'hémorragie a été arrêtée par la pose de ballons (1).

a) Mensuration du petit côté des membranes :

0 cm. : 3 cas;

5 cm. : 1 cas.

b) Toucher vaginal et mensuration :

0 cm. : 1 cas : on sent la masse placentaire;

0 cm. : 1 cas : le placenta recouvre tout l'orifice cervical;

0 cm. : 1 cas : on sent des cotylédons partout;

0 cm. : 1 cas : on sent une languette placentaire.

c) Toucher vaginal seul :

1 cas : placenta marginal;

1 cas : le placenta occupe les 2/3 postérieurs de l'orifice cervical;

1 cas : on sent partout devant la tête un matelas placentaire.

d) Toucher vaginal et mensuration négatives : 2 cas.

2° Dans les 3 cas d'échec du ballon :

1 placenta marginal;

2 placentas recouvrants.

(1) Il est entendu, que nous comprenons par succès du ballon dans ces 13 cas, l'arrêt de l'hémorragie au moment du travail. Nous verrons au chapitre de la délivrance, ce qu'ils sont devenus.

Une notion capitale se dégage de ces données : deux fois sur trois, lorsque l'hémostase n'était pas obtenue par les procédés obstétricaux, il s'agissait d'un placenta recouvrant.

Nous allons maintenant étudier pour ce groupe d'observations comme pour le groupe précédent :

L'évolution de l'accouchement,
L'évolution de la délivrance,
Les résultats maternels et fœtaux.

1^o) Evolution de l'accouchement.

Sur les 13 cas où l'hémorragie fut arrêtée pendant le travail par l'emploi de ballons, dans 3 cas l'on a recouru à des interventions complémentaires d'extraction :

- 2 applications de forceps (dont l'une suivie de délivrance artificielle);
- 1 manœuvre de Mauriceau sur la tête dernière, suivie de délivrance artificielle.

Les trois cas dans lesquels la thérapeutique obstétricale avait échoué : 1 fois l'accouchement s'est terminé chirurgicalement; 1 fois par des opérations obstétricale (extraction de siège, avec basiotripsie sur tête dernière).

2^o) Evolution de la délivrance.

Nous ne faisons que signaler les 3 observations qui relatent une délivrance artificielle prophylactique, dont une après une application de forceps; une autre après manœuvre de Mauriceau sur tête dernière.

Par contre, nous insistons tout particulièrement sur les 3 cas où l'hémorragie a repris très grave à la délivrance :

dans deux cas après la pose d'un ballon; dans un cas après la manœuvre de Brixton Hicks.

Sur ces trois cas, une seule fois l'hémorragie apparut aussitôt après l'expulsion; elle fut d'ailleurs jugulée par la délivrance artificielle.

Dans les deux autres cas, l'hémorragie apparut après la délivrance artificielle ou naturelle.

Ces deux cas se terminèrent par la mort de la femme. Nous relaterons ces deux observations plus loin in extenso.

Ce que nous venons de dire suffit à rendre évidente l'importance des hémorragies de la délivrance que rien ne permet de prévoir et qui sont d'autant plus graves qu'elles surviennent chez des femmes anémiées par des hémorragies antérieures de la gestation.

3^o) Résultats.

a) Mortalité maternelle :

Au total, sur 17 cas où l'on a recours au ballon ou à la manœuvre de Brixton Hicks, nous relevons 3 cas de mort :

2 morts par hémorragie de la délivrance :

l'une après pose de ballon;

l'autre après manœuvre de Brixton Hicks;

1 mort par hémorragie du travail, avant l'expulsion du fœtus.

Si l'on se rappelle que dans le groupe précédent 1 cas de mort avait déjà résulté d'une hémorragie de la délivrance, on voit que celle-ci cause 3 décès sur le nombre total de 4 que nous avons relevés en étudiant nos 125 observations.

C'est là un passif important et cependant nous ajouterons que la mortalité maternelle aurait été encore plus

importante, si l'on n'avait pas paré à temps, par une hystérectomie, l'échec d'un ballon.

b). *Morbidité maternelle :*

A ce passif déjà lourd, vient s'ajouter une morbidité sérieuse; nous avons observé dans la majorité des cas des suites de couches fébriles ou sub-fébriles pendant 10, 15, 20 jours, avec gros utérus douloureux et lochies fétides. Dans 2 cas on a noté une phlébite des membres inférieurs uni ou bilatérale.

c). *Résultats pour le fœtus :*

En ce qui concerne le pronostic fœtal, nous avons noté, sur ces 17 cas, 13 enfants morts, dont :

12 après la pose de ballons (1);

1 après la manœuvre de Brixton Hicks.

La mort de ces enfants s'est produite dans les conditions suivantes :

Un seul enfant est né en état de macération;

Les 12 autres sont morts au cours du travail.

Sur ces 12 cas, nous avons noté :

4 fois une procidence du cordon;

2 fois des hémorragies graves ayant déterminé la mort du fœtus avant la pose du ballon;

6 fois la mort du fœtus est survenue après la pose du ballon.

L'étude du poids de ces enfants montre que la prématuration est moins en cause que dans le groupe précédent :

2 enfants pesaient moins de 2.000 grammes;

(1) Dans ces 13 cas de mort rentrent 1 cas d'échec de ballon traité par hystérectomie et 1 cas d'échec de ballon traité par la manœuvre de Simpson.

2 avaient un poids compris entre 2.000 et 2.500 grammes; les autres pesaient plus de 2.500 grammes.

Telles sont les données recueillies par l'étude des 17 observations dans lesquelles la rupture des membranes étant insuffisante, l'on a recouru à d'autres thérapeutiques obstétricales.

Plusieurs notions nous semblent utiles à dégager de ces faits :

1° Dans tous les cas où la rupture des membranes s'est montrée insuffisante et où il a fallu recourir à d'autres techniques obstétricales, en particulier aux ballons, on s'est trouvé en présence d'une variété marginale ou recouvrante de l'insertion vicieuse;

2° Dans la grande majorité des cas, le ballon effectue une excellente hémostase pendant le travail. Il est cependant susceptible de laisser persister l'hémorragie. Nous avons constaté le fait trois fois : il s'agissait alors deux fois sur trois d'une variété recouvrante du placenta;

3° Même si l'hémostase, obtenue au cours du travail par la pose de ballon, est parfaite, l'hémorragie est susceptible de se reproduire au moment de la délivrance et peut alors être extrêmement inquiétante ou mortelle;

4° En ce qui concerne les enfants, le ballon comporte des risques très étendus et la mortalité fœtale, dans les cas de ce genre, fut le résultat bien plus de l'abondance de l'hémorragie et de la méthode thérapeutique employée que de la prématuration.

Troisième groupe : les interventions chirurgicales

Sur 95 cas d'hémorragies du travail, l'on est intervenu neuf fois chirurgicalement (1) au cours du travail.

L'une de ces observations nous est déjà connue.

Nous la détacherons en raison de son indication qui a été très spéciale; à la suite de l'échec des moyens obstétricaux, on dut faire une hystérectomie secondaire et l'examen de la pièce permet de constater, que l'on s'était trouvé en présence d'une hémorragie liée à une insertion recouvrant le placenta (voir obs. 410, année 1926, in extenso, fin de la thèse).

Examinons maintenant les 8 observations dont nous n'avons pas encore parlé et qui ont été pratiquées d'emblée, sans que l'on se soit attardé à éprouver l'efficacité d'une méthode obstétricale.

Mis à part un cas de dystocie complexe (bassin vicié), dans les autres observations l'on est intervenu deux fois, parce que l'on avait constaté l'existence d'un placenta recouvrant. Dans les autres cas, c'est l'estimation d'une valeur fonctionnelle de l'utérus diminuée : primiparité tardive, petits fibromes pariétaux, anomalie cervicale, lésions cicatricielles du col, grande multiparité, qui ont été les raisons déterminantes des interventions chirurgicales d'emblée.

En effet, chez une de ces femmes il existait un rétrécissement du bassin qui avait déjà nécessité plusieurs césariennes antérieures. On fit suivre la césarienne itérative d'une hystérectomie (voir obs. n° 1.951, année 1925).

Dans deux autres observations concernant l'une une grande multipare, l'autre une primipare âgée (34 ans)

(1) Ne sont pas comprises les deux observations d'intervention chirurgicale au cours de la gestation, étudiées page 21.

dont le fœtus ne se présentait pas absolument d'aplomb sur le détroit supérieur, c'est l'hémorragie qui commanda la thérapeutique chirurgicale. On eut en effet l'impression que les traitements obstétricaux seraient d'application difficile et dangereuse en raison du diagnostic plus ou moins contrôlé d'insertion recouvrante.

Dans les deux cas, d'ailleurs, ce diagnostic fut vérifié au cours de l'intervention.

Dans le premier cas l'on fit une césarienne suivie d'hystérectomie (voir obs. n° 308, année 1925).

Dans le deuxième cas, l'on fit une césarienne corporelle conservatrice (voir obs. n° 163, année 1925).

Dans les (1) cinq observations qui nous restent, l'intervention chirurgicale a été pratiquée parce que l'on avait estimé la valeur fonctionnelle de l'utérus diminuée pour des raisons particulières à chaque cas.

Ainsi, chez une grande multipare, il existait des lésions cicatricielles du col et l'on pratiqua une hystérectomie (voir obs. 1.689, année 1924).

Chez une deuxième, primipare de 34 ans, il se produisit, au cours du travail, une anomalie de dilatation persistante, qui amena à faire une césarienne corporelle conservatrice (voir obs. n° 871, année 1924).

Chez une troisième, primipare de 41 ans, il existait des fibromes non praevia, mais qui rendaient suspecte la valeur de la contraction utérine. L'on fit une césarienne basse (voir obs. n° 1.105, année 1926).

La quatrième était une grande multipare (XI^e gestation) ayant quatre enfants vivants. On fit une césarienne suivie d'hystérectomie (voir obs. n° 411, année 1924).

A l'opposé des cas précédents, dans une septième observation, la dystocie surajoutée était le résultat de l'insér-

(1) Toutes les interventions chirurgicales sont données *in extenso* fin de la thèse.

tion vicieuse du placenta, puisqu'il s'agissait d'une femme chez qui on avait tenté la rupture des membranes. Cette rupture qui, d'ailleurs, s'était montrée efficace vis-à-vis de l'hémorragie, fut suivie d'un état de contracture utérine, qui à elle seule, aurait suffi, pour légitimer l'intervention chirurgicale. On fit une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus (voir obs. n° 2.017, année 1926).

Nous allons maintenant étudier la variété anatomique de l'insertion vicieuse, dans ces 9 observations, d'interventions chirurgicales au cours du travail.

Variété anatomique de l'insertion vicieuse :

Observ. n° 410, année 1926 (hystérectomie après échec du ballon) : insertion recouvrante du placenta montrée par l'examen de la pièce.

Oms. n° 1.951, année 1925 (bassin vicié) : on trouve à l'intervention un placenta affleurant à la suture de l'hystérotomie antérieure.

Obs. n° 308, année 1925 : placenta partiellement recouvrant.

Obs. n° 163, année 1925 : placenta recouvrant.

Les deux furent vérifiés à l'intervention.

Obs. n° 1.689, année 1924 (col scléreux) : l'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un placenta recouvrant.

Obs. n° 871, année 1924 (anomalie de dilatation) : au T. V. : placenta marginal, vérifié à l'intervention.

Obs. n° 1.105, année 1926 (fibromes) : à l'intervention l'on trouve le placenta inséré sur la face postérieure du segment inférieur, avec une languette décollée.

Obs. n° 2.017, année 1926 (contracture utérine) : placenta partiellement recouvrant, vérifié à l'intervention.

Obs. n° 441, année 1924 (grande multipare) : la mensuration du petit côté des membranes : 0 cm.

Résultat maternel et fœtal.

Ces huit interventions chirurgicales pratiquées d'emblée au cours du travail ont abouti, pour les mères, à huit succès.

Deux enfants sont morts :

1 cas : hystérectomie (col scléreux) (voir observ. 1.699, année 1924);

1 cas : césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus (contracture utérine) (voir observ. n° 2.017, année 1926).

Des faits qui précèdent il nous paraît intéressant de dégager les notions suivantes :

1° Les opérations qui ont été pratiquées pour l'hémorragie, soit primitivement, soit secondairement à la suite de l'échec des méthodes obstétricales, ont pu donner, malgré l'état d'anémie quelquefois très grave de la femme, des résultats excellents.

2° Une transfusion de sang pratiquée chez une femme exsangue a rendu possible une intervention chirurgicale qui a sauvé la malade. Tout en étant isolée, cette observation semble montrer le parti que l'on peut tirer de cette méthode.

3° La liste des interventions montre l'éclectisme qui a présidé au choix des techniques. Nous pouvons confirmer en particulier la possibilité de pratiquer chez les femmes

non immédiatement menacées par une anémie trop intense la césarienne segmentaire, malgré l'insertion basse du placenta. Nous soulignons, par contre, que dans les cas où la vie de la femme était immédiatement menacée on a toujours eu recours à l'hystérectomie, seule capable de réaliser d'emblée une hémostase parfaite.

DEUXIÈME PARTIE.

Etude critique

Nous avons jusqu'à présent rapporté des faits.

Nous allons maintenant les discuter en nous efforçant de rechercher si les résultats actuels sont susceptibles d'être améliorés.

DISCUSSION DES THÉRAPEUTIQUES MISES EN ŒUVRE AU COURS DE LA GESTATION

Notre étude analytique nous montre que les hémorragies de la gestation, dans la très grande majorité des cas, ne nécessitent que la surveillance, toutes dispositions étant prises en vue d'une intervention possible au début du travail.

Sur 30 cas, l'indication d'une thérapeutique active, avant le début du travail, ne s'est posée que quatre fois.

Ces quatre observations, seules, méritent une discussion.

Sur ces quatre cas, deux fois seulement on a recouru à une intervention chirurgicale.

Dans le premier cas il s'agissait d'un placenta recouvrant et que dans le deuxième cas il s'agissait d'une dystocie complexe avec infection amniotique et sclérose du col. Toutes deux furent suivies de succès.

Dans les deux autres cas, on est intervenu avant tout début du travail, par la pose de ballons : une fois pour infection amniotique datait de plusieurs jours, consécutive à une rupture prématurée des membranes et à des hémorragies répétées; une autre fois pour hémorragie et anémie consécutives.

L'opportunité des méthodes chirurgicales dans les deux premiers cas était indiscutable; dans les deux derniers cas, le traitement obstétrical peut être discuté.

Une de nos observations est frappante et montre bien le danger : un premier ballon ne déclancha pas le travail. Il fallut en placer successivement quatre pour obtenir l'expulsion d'un fœtus mort. L'utérus était déjà infecté au moment où l'on commença l'intervention; il n'est rien d'étonnant à ce que les suites de couches aient été marquées pour une infection sérieuse. Que serait-il advenu dans notre seconde observation, où l'intervention était commandée par l'état d'anémie de la femme si des difficultés dynamiques du même ordre s'étaient produites?

L'étude de ces deux observations nous fait penser que les méthodes obstétricales, dans les cas de ce genre, ne sont pas les plus sûres.

On le conçoit d'ailleurs aisément pour deux raisons :

1° Il est impossible de fixer le siège du placenta et d'éliminer avec certitude la variété recouvrante contre laquelle les procédés obstétricaux peuvent être en défaut;

2° Il est impossible de prévoir les effets dynamiques du ballon.

Nous considérons donc que toute intervention pratiquée au cours de la gestation doit être chirurgicale et non obstétricale. Nous hésitons d'autant moins que la rareté de son application ne risquera pas de multiplier outre mesure le nombre des opérations.

DISCUSSION DES THÉRAPEUTIQUES MISES EN ŒUVRE AU COURS DU TRAVAIL

En ce qui concerne la thérapeutique des hémorragies survenant au cours du travail, notre statistique fait ressortir leur gravité : 4 femmes et 38 enfants sont morts.

L'on peut discuter la possibilité d'améliorer ces résultats, et pour cela nous reprenons nos trois groupes d'observations :

I

Nous discuterons d'abord le troisième groupe, où l'on a cru devoir mettre en œuvre la thérapeutique chirurgicale d'emblée.

Deux premières observations concernaient des cas, où l'on avait posé le diagnostic de placenta recouvrant vérifié d'ailleurs à l'intervention.

L'intervention chirurgicale pratiquée d'emblée dans ces deux cas ne semble pas devoir être discutée. Nous avons rapporté trois observations, publiées plus loin in extenso, qui prouvent l'insuffisance des moyens obstétricaux dans ces cas.

Cinq autres observations concernaient des cas où la valeur fonctionnelle de l'utérus était diminuée ou suspecte, soit du fait de lésions cicatricielles du col, d'anomalie de dilatation, de petits fibromes pariétaux, grande multiparité ou primiparité tardive, soit de contracture utérine apparue secondairement et qui, à elle seule, suffisait pour imposer une intervention.

Enfin, dans un dernier cas, il s'agissait d'une dystocie complexe : viciation pelvienne.

Dans tous ces cas, la légitimité de l'intervention chirurgicale était incontestable, elle s'imposait.

Le rapport de M. le professeur Couvelaire au Congrès de Berlin en 1912 et au Congrès de Paris en 1921 marquait déjà que tous les cas de ce genre relevaient du traitement chirurgical : « Je n'interviendrais par section césarienne hormis les cas de dystocie complexe (association de rétrécissement du bassin, tumeurs, etc.) que dans les circonstances suivantes :

1°) Lorsque l'indication impérieuse d'intervenir se présente chez une femme, au voisinage du terme, non franchement en travail.

2°) Lorsque la valeur fonctionnelle de l'utérus n'est pas absolument physiologique (utérus fibromateux, certaines primipares âgées, utérus de grandes multipares prédisposées aux ruptures). J'ajoute que, pour peu que le terrain opératoire soit suspect d'infection, je pratiquerai l'hystérectomie. »

L'étude de ce groupe d'observations ne peut que nous rappeler des indications admises depuis longtemps et qui peuvent se résumer ainsi :

Le traitement chirurgical doit être appliqué :

1° Dans tous les cas de dystocies complexes et, en particulier, les cas où la valeur fonctionnelle de l'utérus semble diminuée ou suspecte;

2° Dans les cas d'insertion primitivement recouvrante du placenta;

3° Dans les cas d'échec des traitements obstétricaux.

Ces indications sont incontestables et depuis longtemps incontestées. Nous verrons qu'il y a lieu de les considé-

rer actuellement comme trop restreintes. Il s'agit seulement de savoir dans quelle mesure elles doivent être étendues. Cette extension ne doit pas se faire au dépens des cas de notre premier groupe.

II

A l'opposé de ce troisième groupe, en effet, l'étude du premier groupe d'hémorragies, arrêtées par la simple rupture des membranes, nous permet d'arriver à des conclusions formelles d'abstention.

En effet, sur 70 cas, nous avons relevé un seul décès maternel. Or ce décès est discutable, si l'on se rappelle qu'il s'agissait d'une femme amenée tardivement à la clinique, syphilitique probable, ayant présenté des crises de tachycardie paroxystique.

Comptons cependant au passif de la méthode obstétricale la mort de cette femme. Il n'en reste pas moins vrai, qu'un cas de mort sur 70, représente une mortalité de moins de 2 p. 100.

Il n'est pas de statistiques d'opérations césariennes conservatrices ou mutilatrices, qui atteigne un pourcentage aussi bas.

Les chiffres des statistiques de césariennes, pratiquées dans les services de MM. les professeurs Brindeau, Jeannin, Le Lorier, Metzger, pour placenta prævia, donnent une mortalité maternelle de 6,4 p. 100 (Thèse Desoubry).

L'on objectera que, parmi les 69 femmes guéries, quelques-unes, ont, malgré l'efficacité de la rupture des membranes, donné quelques inquiétudes au moment de la délivrance.

Il est entendu que l'arrêt de l'hémorragie par la rupture des membranes, ne donne pas d'emblée une sécurité aussi absolue, étant donné l'aléa important de la délivrance et des heures qui suivent.

Mais il faut penser que les interventions chirurgicales, ne mettent pas, chez ces femmes anémiées, à l'abri de toute inquiétude, pendant et après l'acte opératoire.

Et si l'on tient compte du fait que nos malades ont conservé un utérus intact, l'on est en droit de penser, que l'intérêt des mères a été sauvegardé au maximum, dans tous ces cas où l'hémorragie a été arrêtée par la simple rupture des membranes.

Il n'en est pas de même en apparence, pour les enfants dont la mortalité s'élève à 30 p. 100 environ.

En réalité il faut tenir compte du nombre important des prématurés : 12 sur 22 morts; 3 autres étaient macérés. C'est donc 7 enfants seulement qu'il était intéressant de sauver. Si nous étions capables de reconnaître ces sept enfants élevables, qui meurent au cours du travail, parmi les 70 autres, on pourrait discuter l'opportunité des opérations césariennes permettant de les extraire; mais actuellement, pour sauver 7 enfants, 70 opérations césariennes, dont 63 seraient inutiles. La question ne se discute pas.

Nous n'hésitons donc pas à conclure pour cette catégorie particulière d'insertion vicieuse, dont les hémorragies sont arrêtées par la rupture des membranes, qu'il n'y a pas lieu d'envisager une modification de la thérapeutique.

III

Il nous reste maintenant à étudier les cas intermédiaires à ces groupes extrêmes, concernant celles de nos observations où la rupture des membranes étant insuffisante ou a dû lui adjoindre d'autres procédés d'hématose : ballons ou version par manœuvres mixtes.

Dans ce groupe d'observations nous avons à déplorer 3 décès maternels et 13 enfants morts sur un nombre total de 17 cas.

Analysons d'abord les trois cas de mortalité maternelle.

La première observation (n° 2.326, année 1926) concerne une femme négligée, arrivée à la clinique en état d'anémie aiguë. L'hémorragie arrêtée pendant le travail, après une manœuvre mixte pratiquée à la clinique, reprit à la délivrance et emporta la malade. Il s'agissait d'un placenta recouvrant.

La deuxième observation (n° 1610 année 1924), concerne une femme ayant présenté des hémorragies importantes de la gestation et du travail, qui se déclancha au septième mois. Son fœtus se présentait par l'épaule. On mit un ballon qui arrêta l'hémorragie pendant le travail. On dût faire ensuite une embryotomie, puis une délivrance artificielle, après laquelle, l'hémorragie reprit mortelle.

La troisième observation (n° 1423, année 1924), concerne une femme tuberculeuse présentant des lésions pulmonaires évolutives, étendues. On tenta sans succès, d'arrêter l'hémorragie, par la pose d'un ballon, qui dût être faite au travers d'un placenta recouvrant. Elle mourut non-accouchée.

Dans le premier et le deuxième cas, l'état d'anémie aiguë des malades, aurait dû faire préférer l'hystérectomie pratiquée d'urgence et peut-être après une transfusion de sang; on aurait supprimé ainsi le risque imprévisible de l'hémorragie de la délivrance, qui se montra mortel.

Dans le troisième cas, l'existence d'un placenta recouvrant aurait dû, malgré la tuberculose grave concomitante de la femme, faire préférer l'intervention chirurgicale, à la méthode obstétricale qui a abouti à un échec. Seule une hystérectomie rapide, aurait permis à cette femme de survivre à son accouchement.

A ces trois cas de mort, ajoutons l'observation d'une quatrième malade qui faillit être victime de la thérapeutique obstétricale.

A la suite d'un échec de ballon, l'on dût pratiquer une

hystérectomie, après transfusion de sang, dans de mauvaises conditions, pour un placenta recouvrant, dont le diagnostic posé pendant le travail, fût confirmé à l'intervention.

Ici encore nous avons l'impression que le traitement obstétrical a échoué. Le traitement chirurgical aurait dû être pratiqué d'emblée.

Mais il nous faut aller plus loin. Nous avons encore treize observations à examiner, qui malgré le succès du ballon, prêtent à discussion. Aucune d'elle ne concerne des dystocies complexes, ni des insertions recouvrantes. Mais notre statistique nous a révélé à côté de ces deux éléments, un autre facteur de gravité : c'est la reprise de l'hémorragie au moment de la délivrance. De toute évidence, au moment où l'on met en place un ballon, la seule préoccupation ne doit pas être l'arrêt de l'hémorragie pendant le travail. Encore faut-il que la malade soit capable de supporter, si elle se produit, la perte de sang plus ou moins abondante qui accompagne la délivrance.

Sur les treize observations où le ballon fût employé avec succès, dix fois cette méthode était logique et exempte de dangers sérieux : les femmes étaient dans des conditions telles, qu'elles pouvaient aborder l'épreuve de la délivrance, avec des chances sérieuses de résister à une hémorragie même sévère. Plusieurs d'ailleurs ont eu effectivement à supporter ce risque.

Par contre, dans trois observations, malgré le succès de la méthode obstétricale, nous avons l'impression très nette, qu'elle n'a pas donné aux femmes le maximum de sécurité.

Dans les trois cas, il s'agissait de femmes profondément anémiées, avec mauvais état général au moment où l'on posa le ballon.

Deux de ces cas sont particulièrement suggestifs :

Dans le premier, il s'agissait d'une femme négligée chez laquelle on avait pratiqué en ville un tamponnement et qui arriva à la clinique avec un poulx à 120 filiforme.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une multipare ayant quatre enfants vivants, présentant également des signes d'anémie aiguë très marqués.

Le ballon n'arrêta pas définitivement l'hémorragie et l'on dût recourir à la méthode de Simpson. L'hémorragie s'arrêta mais l'utérus se mit en état de contracture. Après un repos de quelques heures employées à remonter l'état général, on termina l'extraction du fœtus, par des procédés difficiles (basio sur tête dernière). Quelques heures après, le poulx était presque imperceptible. La malade survécut cependant.

Il est incontestable que dans les trois cas on aurait eu plus de sécurité à opter pour la méthode chirurgicale d'emblée.

Au total sur 17 observations (concernant le groupe intermédiaire), sept fois à posteriori, la thérapeutique chirurgicale était légitimée, et aurait pu donner aux malades une sécurité qu'elles n'ont pas eu.

Nous rejetons donc les méthodes obstétricales, non pas seulement, comme nous l'avons déjà établi, en présence d'un placenta recouvrant ou d'une dystocie complexe, mais encore :

1° D'emblée toutes les fois que les femmes profondément anémiées et souvent jusque là négligées, paraîtront incapables, de faire les frais de la moindre hémorragie de la délivrance;

2° Secondairement dans tous les cas où son emploi détermine des troubles de la contractilité utérine, rendant atypique la dilatation de l'orifice cervical.

Le point de vue du fœtus s'accorde d'une façon parfaite avec le point de vue maternel que nous venons de soutenir.

L'extension du traitement chirurgical sauvera donc des enfants qui par les méthodes obstétricales sont souvent sacrifiés.

Il est incontestable que si les indications du traitement chirurgical avaient été étendues à ces cas particuliers, les résultats maternels et fœtaux eussent été plus satisfaisants.

ETUDE D'ENSEMBLE DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Essai sur les indications des thérapeutiques obstétricales et chirurgicales

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble, sur les résultats que nous publions et les critiques que nous avons cru devoir faire sur les méthodes thérapeutiques employées nous ne pouvons que confirmer la tendance actuelle, d'étendre les indications des procédés chirurgicaux.

La légitimité de cette extension nous paraît indiscutable, mais il est nécessaire de tenir compte de deux faits :

1° Le risque de l'intervention chirurgicale se surajoute aux risques qu'entraîne l'état d'anémie et d'infection souvent réalisé dans ce cas, risques pouvant conduire à pratiquer l'hystérectomie par mesure de prudence;

2° Si l'on pratique une Césarienne conservatrice dans un cas de dystocie accidentelle, on engage dans une certaine mesure l'avenir puisqu'on laisse à la femme un utérus dont la valeur obstétricale ultérieure ne reste pas toujours entière. Ce risque ne doit pas d'ailleurs être exagéré, surtout semble-t-il en ce qui concerne les Césariennes basses.

Le véritable problème consiste donc à trouver l'équilibre convenable entre les méthodes obstétricales et les méthodes chirurgicales. Nous ne sommes pas en mesure

d'apporter la formule définitive de cet équilibre. Mais l'étude de la série continue de nos 125 observations vient confirmer quelques notions dont nous pouvons tirer profit. Ce sont :

1° L'insuffisance du traitement obstétrical dans les variétés recouvrantes;

2° L'insécurité du traitement obstétrical (ballon, etc.) chez les femmes gravement anémiées, non pas tant en raison de son échec possible, que parce qu'il laisse persister les aléas menaçants de la période de délivrance;

3° Les dangers qu'il y a à s'engager ou à persister dans l'emploi des méthodes obstétricales (ballon, etc.), lorsqu'il existe ou qu'il apparaît des troubles de la contractilité utérine;

4° Les succès au contraire presque certain pour les mères, lorsque l'hémorragie s'arrête par la simple rupture des membranes.

Ces considérations nous amènent à proposer les directives suivantes :

1° Pendant la gestation, en raison de l'incertitude sur le siège du placenta et sur la réaction du muscle utérin, les thérapeutiques obstétricales devront être abandonnées au profit des thérapeutiques chirurgicales;

2° Pendant le travail lorsque la rupture large des membranes suffit à arrêter l'hémorragie, comme il arrive dans les variétés latérales et dans un certain nombre de variétés marginales, le traitement chirurgical n'est pas indiqué;

3° Dans les cas d'insertion recouvrante, comme dans le cas de dystocie complexe, et les cas où la valeur fonctionnelle de l'utérus est douteuse, le traitement chirurgical doit être institué. Il en est de même pour le cas d'échec du traitement obstétrical.

Si nous recherchons respectivement les conséquences qu'auraient pu avoir les directives générales que nous venons de proposer, nous constatons que sur les 125 cas analysés, la thérapeutique chirurgicale, aurait été mise en œuvre 20 fois au lieu de 11, la thérapeutique obstétricale 105 fois.

Cette proportion nous paraît, au moins provisoirement et jusqu'à révision de la question, réaliser l'équilibre souhaitable entre les méthodes obstétricales et chirurgicales.

Choix de l'intervention

Etant admis que l'on doive intervenir dans certains cas chirurgicaux, il nous reste à régler du choix de l'intervention.

A ce point, de vue, l'étude des cas où l'on est intervenu chirurgicalement, a montré l'éclectisme qui a présidé à ce choix :

Césariennes corporéales conservatrices : 2 cas.

Césarienne basse : 2 cas.

Césarienne suivie d'hystérectomie : 3 cas.

Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus : 1 cas.

Hystérectomie : 3 cas.

L'élément déterminant le plus important dans ce choix, indépendamment de toute autre considération, en particulier primiparité ou grande multiparité, est l'état de la femme au moment de l'intervention, au point de vue anémie et infection :

La place donnée aux hystérectomies, est justifiée par la certitude d'hémostase absolue et rapide, dans les cas où on n'a pas le droit de risquer une hémorragie secondaire, par atonie utérine.

Observations

I

LES QUATRE CAS DE MORT DE LA FEMME

1^{re} Obs., n° 1.658, année 1926.

Femme âgée de 46 ans. Antécédents pathologiques sans importance. Antécédents obstétricaux :

Première gestation, en 1917 : avortement spontané au sixième mois.

Deuxième gestation, en 1918 : avortement spontané au cinquième mois.

Troisième gestation, en 1919 : accouchement à terme : enfant mort-né.

Quatrième gestations, en 1920 : avortement spontané au deuxième mois.

Cinquième gestation, en 1921 : accouchement spontané : enfant vivant b. p.

Sixième gestation, en 1924 : avortement au deuxième mois : curettage pour hémorragie.

Septième gestation, actuelle : D. R. du 12 au 16 novembre 1925.

Le 10 juillet : hémorragie spontanée, indolore, dure deux heures.

Le 23 juillet : hémorragie abondante qui dure trois heures. La malade est soignée à la Maternité Cognac, pendant les trois premiers mois de sa gestation, pour une myocardite syphiliti-

que avec pouls irrégulier, extrasystoles, accès de tachycardie paroxystique. Pendant la gestation actuelle, il n'y a pas eu de signes de décompensation cardiaque.

Le 2 septembre 1926, la malade entre à la clinique à 13 heures pour hémorragies importantes, survenues une heure avant la rupture spontanée précoce des membranes.

L'examen à l'entrée : tête engagée. Dilatation de grande paume. Du côté droit de l'orifice du col, le bord placentaire débordé légèrement. Pas d'hémorragie au moment de l'examen.

L'auscultation du cœur ne montre rien d'anormal.

A 14 h. 40 : expulsion d'un enfant vivant pesant 3.280 grammes.

A 15 h. 30 : hémorragie de 2 à 300 grammes. Faciès pâle. Pouls petit, irrégulier, rapide 90 à 100. Délivrance naturelle complète.

A 16 h. 30 : utérus mou. Son fond est au dessus de l'ombilic. En l'exprimant il en sort 250 grammes de caillots et de sang. Pouls irrégulier à 100-120. On met la malade en position décline; on fait une injection vaginale chaude; de l'huile camphrée et 2 cc. d'éther; 250 cc. sérum artificiel adrénaliné, 0 gr. 50 ergotine sous-cutanée. Glace sur le ventre.

A 17 h. 30 : utérus mou; on recueille par expression 300 grammes de caillots sanguins. Pouls irrégulier petit, à 140. De nouveau : 250 cc. sérum artificiel intra-veineux, 0 gr. 25 caféine, 0 gr. 50 ergotine (sous-cutanées).

A 19 heures : malade très pâle. Pouls irrégulier, très fréquent. Dyspnée. Transfusion de sang citraté (250 cc.). Pouls incomptable. La femme entre dans le coma et meurt à 20 h. 45.

L'examen du placenta montre une variété marginale.

II^e Obs., n° 2.326, année 1926.

Femme âgée de 35 ans. Antécédents personnels : rien de particulier. Antécédents obstétricaux : six gestations antérieures normales.

Gestation actuelle (7°) : D. R. 10 juin 1926. A partir du quatrième mois, des hémorragies abondantes à plusieurs reprises.

Entre à la clinique le 13 décembre 1926, à 11 heures. Cinq jours avant son entrée, a présenté chez elle des hémorragies particulièrement abondantes accompagnant le début du travail. Un médecin en ville avait constaté une dilatation de 5 fr., et la présence du placenta au niveau de l'orifice cervical. La température avait atteint progressivement 38°, 39°.

Examen à l'entrée : femme très pâle. Pouls petit à 120. Hémorragies abondantes. Température à 38°. Pas de bruits du cœur. Au toucher : col dilaté entre 5 fr. et petite paume. Toute l'aire de dilatation est recouverte par du placenta.

Intervention pratiquée de toute urgence après injection de sérum physiologique : *rupture des membranes difficile.* L'on tombe aussitôt sur un coude ; la tête est dans la fosse iliaque gauche ; *on abaisse un pied* : l'hémorragie cesse aussitôt. Vingt minutes après : expulsion d'un fœtus mort de 1.120 grammes.

A 11 h. 45 : délivrance naturelle sans hémorragie. Placenta très étalé, très épais, irrégulier, pèse 290 grammes. Aussitôt après la délivrance, reprise de l'hémorragie peu abondante, mais continue.

Révision utérine : on extrait facilement un petit lambeau de membranes et quelques caillots. L'utérus se rétracte bien. Injection vaginale et intra-utérine chaude, iodée. L'hémorragie reprend.

On pratique un tamponnement utéro-vaginal serré. Sérum artificiel intra-veineux adrénaliné (450 cc). Arrêt de l'hémorragie. Pouls à 130, mieux frappé. Huile camphrée (10 cc.), caféine 0 gr. 25, ouabaine 1/4 de milligramme. Amélioration passagère, car le pouls redevient irrégulier; dyspnée, agitation. Transfusion de sang citraté, 200 cc.; reste sans effet.

A 1 h. 30 la malade meurt.

La quantité de sang perdue à la clinique a été relativement légère et très insuffisante pour expliquer à elle seule la mort.

Il faut aussi incriminer les hémorragies des jours précédents, ayant déterminé une anémie très intense qui n'a pas pu être vaincue ni par l'injection intra-veineuse de sérum, ni par la transfusion de sang.

III^e Obs., n° 1.610, année 1922.

Femme âgée de 27 ans. Antécédents pathologiques : nuls.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : avortement au 3^e mois;

2^e gestation : accouchement spontané, curetage pour hémorragie et rétention cotylédonaire;

3^e gestation : avortement de 3 mois 1/2;

4^e gestation actuelle : D. R. : 5 mai 1922.

Du 22 au 26 juin, hémorragies abondantes, intermittentes. Le 21 novembre, nouvelle hémorragie. Le 23, la femme perd les eaux. Ne saigne plus depuis. *Entre à la clinique le 24 novembre 1922.*

Examen à l'entrée : fœtus mobile, vivant, en présentation transversale, que l'on n'arrive pas à corriger. Membranes rompues.

Le 12 décembre 26, à 22 h. 30, la femme a des douleurs. Examen à la salle de travail : même situation du fœtus. Température 38°6. Au T. V. : excavation vide, col incomplètement effacé, admet un doigt. Dans le col, paquet de cordon animé de battements.

Le 13 décembre, à 1 heure : pose d'un ballon intra-utérin de 600 grammes, après élargissement de la dilatation, aux bougies de Heggar. Hémorragie abondante qui s'arrête dès que le ballon est gonflé. Après l'intervention : on ne perçoit plus les bruits du cœur. Pouls à 120. Sérum artificiel 500 cc.

Le 13 décembre, à 2 heures : pouls à 90 bien frappé. A 3 heures : des douleurs depuis 3 heures. A 8 h. 30 : le ballon s'est dégonflé légèrement. A 9 heures : *on retire le ballon; on pratique une embryotomie avec une grande facilité.* Extraction

du tronc par traction sur un bras, gênée par le placenta inséré bas. Extraction de la tête dernière. Délivrance artificielle. Révision utérine. Vérification du segment inférieur par le toucher et par l'examen direct avec des valves et des pinces sur le col. Injection intra-utérine aniodolée à 50° (10 litres). *Opération terminée à 9 h. 30.*

De 9 h. 30 à 11 heures : utérus d'abord mou, se rétracte bien-tôt dans la main qui le masse. Pouls à 120-130 bien frappé. Sérum artificiel (250 cc.); huile camphrée (10 cc.).

A 10 h. 45 : pouls à 100 bien frappé. Depuis une heure la femme ne saigne plus. Utérus bien rétracté.

A 11 h. 45 : même situation.

A 14 h. 30 : hémorragie cataclysmique; femme agonisante, faciès décolorée, nez pincé, lèvres cyanosées, dyspnée intense.

Spartéine 1 cc., huile camphrée 10 cc., sérum intra-veineux 250 cc.; oxygène.

A 14 h. 45 : mort de la femme.

IV^e Obs., n° 1.423, année 1924.

Femme âgée de 40 ans. Antécédents héréditaires : rien de particulier. Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation à 22 ans : accouchement normal;

2^e gestation à 24 ans : accouchement normal;

3^e gestation à 25 ans : accouchement normal;

5^e et 6^e gestations normales;

7^e gestation : avortement à 3 mois;

8^e gestation : accouchement normal;

9^e gestation : avortement de 3 mois;

10^e gestation actuelle : D. R. : du 11 janvier 1924. *Entre à la clinique le 22 septembre 1924 pour hémorragies.*

L'examen général montre qu'il s'agit d'une tuberculeuse présentant des lésions pulmonaires évolutives très étendues, avec mauvais état général.

Le 30 septembre, à 20 heures, nouvelle hémorragie légère

qui s'arrête spontanément. Dans la nuit du 29 au 30, la femme a présenté des douleurs qui se sont calmées dans la journée du 30. Pouls bien frappé. On surveille la femme.

A 23 heures : femme pâle, un peu anhélanter. Pouls à 128. Nouvelle hémorragie abondante. Douleurs peu intenses mais continues. Au toucher vaginal : col dilaté comme 2 francs. A travers l'orifice, on arrive sur une masse placentaire que l'on rencontre partout. Il est impossible d'atteindre les membranes. Les bruits du cœur sont faibles et lents : 100. Le pouls à 132, bien frappé. L'hémorragie continue au cours de l'examen. On pose le diagnostic de placenta central.

Le 1^{er} octobre, à 1 heure : pose d'un ballon intra-utérin de 500 grammes au travers de la masse placentaire que l'on arrive à perforer avec difficulté. Intervention terminée à 1 h. 45 : femme pâle; pouls incomptable. Sensation de froid et de soif. Position horizontale, draps chauds. Huile camphrée, 500 cc. de sérum artificiel sous-cutané.

A 2 h. 30 : le pouls ne se relève pas. La femme accuse un malaise intense. Injection intra-veineuse d'ouabaine (1/4 de milligramme) et de suérum glucosé (300 grammes).

A 3 heures : la femme ne saigne pas. Pouls à 130, mieux frappé.

A 4 h. 30 : subitement un grand frisson. Le ballon reste gonflé, le vagin est plein de caillots. Le pouls faible et irrégulier.

A 5 h. 30 : la malade meurt, malgré tous les soins.

LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

A) Hémorragies de la gestation.

I^{re} Obs., n° 2.097, année 1926 : II pare âgée de 33 ans.

Premier accouchement prématuré à 6 mois L'enfant, né vivant, mourut quelques instants après.

Le 8 novembre 1926 : entre à la clinique au voisinage du terme de sa gestation. Examen de la femme : présentation transversale que l'on ne peut pas corriger, sans rapport avec une viciation pelvienne; on émet l'hypothèse, soit de malformation utérine, soit d'un placenta praevia, probable.

Le 11 novembre, à 10 h. 30 : brusquement la femme perd un flot de sang (750 grammes). Même situation du fœtus. Pas de début du travail. La femme ne saigne plus. Cependant, en raison de l'importance de cette première hémorragie, l'enfant étant vivant, la gestation près du terme, l'on décide d'intervenir sans plus attendre.

A 11 h. 30 : intervention. Anesthésie générale. Césarienne basse. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Incision du segment inférieur, après décollement du péritoine et de la vessie. L'hémorragie est abondante et gêne pour prolonger l'incision vers le bas. Décollement d'un lambeau placentaire; on tombe sur les membranes; extraction de l'enfant par version. Arrêt de l'hémorragie dès le décollement du placenta. Le placenta inséré sur le bord droit, remonte très haut et descend très bas jusqu'à recouvrir l'orifice interne du col. Dans l'ensemble, il est très étalé et empiète sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus. L'incision du segment inférieur a porté entièrement sur la zone d'insertion placentaire, mais le bord du placenta était très voisin de la ligne d'incision et les membranes, à ce niveau, facilement accessibles.

L'incision s'est prolongée par une déchirure remontant à 2-3 cm. sur la face antérieure du corps utérin.

L'on fit une suture aux points séparés de la musculo-muqueuse et un enfouissement par un surjet péritonéo-musculaire.

Fixation de la vessie en avant de cette ligne de suture, qui se trouve ainsi complètement recouverte.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

L'enfant a été extrait en état de mort apparente et ranimé en 15 minutes.

Suites opératoires normales.

II^e OBS., n^o 1.445, année 1922.

Grande multipare, âgée de 46 ans. Sept gestations antérieures menées à termes, suivies d'accouchements spontanés. Au cours du 7^e, le travail fut pénible. Il y a eu rupture précoce de membranes, suivie d'infection de l'œuf.

On fit une craniotomie sur enfant mort.

La 8^e gestation actuelle : D. R. : 10 à 14 avril 1922.

Le 15 septembre : hémorragies légères durant quatre jours.

Le 20 octobre : hémorragie durant une demi-heure.

Le 23 octobre : perte des eaux. *La femme entre à la clinique le 25 octobre 1922.*

Le 30 octobre : nouvelle hémorragie abondante. Examen : T. U. : col en deux valves, avec deux encoches transversales. Une lèvre antérieure saillante et dure. Les deux encoches vont jusqu'au fond du cul-de-sac et à droite existe un noyau scléreux. Le promontoire est accessible.

Le 1^{er} novembre : nouvelles hémorragies.

Le 3 novembre : l'hémorragie continué. Pas de douleurs; col long et fermé. Pouls à 92. Température 38°.

A 22 heures : l'hémorragie continue. Pouls à 96. Pas de bruits du cœur. Utérus mou. Tête très élevée.

Le 4 novembre : même situation. Pas d'hémorragie. Température à 38°.

Le 6 novembre : nouvelle hémorragie. En raison de la température (38°), de l'ouverture de l'œuf, des hémorragies, on décide d'intervenir par voie haute, à cause des cicatrices du col.

A 15 heures : hystérectomie sub-totale. Incision de la paroi, très épaisse. Extériorisation de l'utérus. Pincés sur les pédicules. Décollement du péritoine antérieur. Section des pédicules. Deux grands clans sont placés à la partie inférieure du segment inférieur. Section de l'utérus au-dessous. Fermeture du moignon et résection d'un coin. Ligature des pédicules, très difficiles à droite, à cause de la rupture d'une branche vaginale de l'utérine. Péritonisation difficile. Fermeture de la paroi sans drainage. Suites opératoires excellentes. Sort le 27 novembre.

E) *Hémorragies du travail.*

I^{re} OBS., n° 410, année 1926.

Bipare âgée de 20 ans. Première gestation normale

II^e gestation actuelle : D. R. : 25 au 29 juin 1925.

Le 24 janvier 1926 : hémorragies, de moyenne abondance, répétées, se continuent jusqu'au travail

Le 25 février : la femme entre à la clinique.

Le 26 février, à 14 heures : début du travail, hémorragie abondante.

Examen : gestation de 7 mois 1/2. Pouls à 100. Saigne au T. V. qui montre un orifice cervical entièrement recouvert par le placenta. L'on pose le diagnostic de placenta praevia.

A 15 h. 45 : rupture des membranes, pose d'un ballon intra-utérin de 500 grammes. Injection intra-veineuse de sérum artificiel (500 grammes).

A 17 h. 15 : l'hémorragie persiste; l'état général s'altère : pâleur, lèvres cyanosées. Pouls à 120. Br. d. c. : 0.

A 18 heures : recrudescence de l'hémorragie. Aggravation de l'état général : tendances hypothermiques. Pouls mal frappé.

L'on décide d'intervenir; après transfusion de sang (120 grammes), l'état de la malade est meilleur.

A 18 heures, *intervention*. Anesthésie générale au chloroforme. Laparatomie sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus. La césarienne paraît inutile (l'enfant est mort) et dangereuse, la moindre perte de sang pouvant aggraver l'état précaire de la malade.

Pincement des pédicules vasculaires et des ligaments ronds. Décollement du péritoine sur le segment inférieur. Pincement des pédicules utérins. Le ballon est dégonflé et retiré. Le segment inférieur est pincé entre deux pinces latérales, au-dessous de la tête fœtale et incisé au ras des pinces. Ablation de l'utérus en bloc. Suture de la tranche du segment inférieur par des catguts en U. Ligature des différents pédicules. Fermeture de la paroi au fil de bronze avec drain de sécurité dans le Douglas.

Suites opératoires : le 8 mars : apparaît une pleurésie séro-fibrineuse à droite.

Le 12 mars : disparition des signes de pleurésie.

Le 20 mars 1926 : la femme sort en bon état.

L'examen de la pièce. — Il s'agissait d'un placenta recouvrant.

II^e Obs., n^o 1.951, année 1925.

V pare âgée de 40 ans. Antécédents obstétricaux : trois césariennes antérieures pour viciation pelvienne et un avortement de six semaines.

V^e gestation actuelle : D. R. : le 28 février 1925.

Le 7 novembre 1925 : hémorragies très abondantes du début du travail. Entre à la clinique à 1 h. 55.

Examen de la femme : dilatation comme 2 francs. Tête mobile déborde franchement. Pas de bruits du cœur. Bassin général et rétréci. Vagin court.

A 2 h. 30 : *rupture artificielle des membranes*. Etat général médiocre. Pouls à 128, petit. Le diagnostic de placenta praevia n'est pas douteux. L'enfant étant considéré comme mort, l'opportunité d'une césarienne est discutable. Etant donné la viciation pelvienne accusée (P. S. P. : 9,5, promontoire élevé) et l'ignorance où l'on se trouve sur l'état de la cicatrice antérieure utérine, on décide de pratiquer *une césarienne suivie d'hystérectomie*.

A 4 heures : intervention. Anesthésie générale. Incision sus et sous-ombilicale. On tombe sur des adhérences épiploïques à la cicatrice pariétale. On les coupe entre deux pinces. On libère la vessie, adhérente à la cicatrice d'hystérectomie.

Extériorisation de l'utérus. Incision. Extraction d'un enfant cyanosé, que l'on ranime en un quart d'heure environ. Hystérectomie supra-vaginale. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

L'examen de la pièce montre un placenta inséré bas, affleu-

rant à la suture qui a libéré l'utérus. Sérum glucosé 250 cc.
Huile camphrée 10 cc.

Suites opératoires excellentes.

III^e Obs., n° 308, année 1925.

VII paré, de 42 ans. Six gestations antérieures normales. Six enfants vivants. Lors des deux derniers accouchements .
hémorragies importantes de la délivrance.

Entre à la clinique le 20 février 1925, au cours du 9^e mois.

VIII^e gestation actuelle : D. R. : Examen : début de travail; hémorragies abondantes; pôle céphalique extrêmement élevé et très mobile. Léger excès de liquide.

A 21 heures : col dilaté comme un franc; on sent la masse placentaire à gauche et en arrière. On atteint difficilement les membranes en avant. Présentation très élevée. Etat général bon. Pouls à 72. T. A. à 12/6,5. Bruits du cœur : 172, soufflants.

A 21 h. 15 : reprise de l'hémorragie. Situation inchangée. L'on décide de faire une césarienne suivie d'hystérectomie en raison :

- 1^o Des hémorragies et de la situation du placenta;
- 2^o De l'âge de la femme (43);
- 3^o Des six enfants vivants antérieurs;
- 4^o De l'état de l'enfant;
- 5^o Des hémorragies de la délivrance qu'elle dit avoir présenté aux deux derniers accouchements.

Intervention. — Ouverture de la paroi. Ouverture de l'utérus, puis de l'œuf. Extraction de l'enfant qui crie au bout de quelques minutes. Pose de deux pinces de Museux pour fermer la section utérine. Hystérectomie sub-totale. Péritonisation. Fermeture en trois plans.

Suites opératoires excellentes.

Sort de la clinique le 13 mars en bon état.

IV^e Obs., n^o 163, année 1925.

Primipare de 34 ans. D. R. : du 30 mars 1924. Au cours de sa gestation suivie à la clinique, on ne constata rien d'anormal.

Entre à la clinique le 2 janvier 1925. Examen : position inclinée du fœtus, que l'on a beaucoup de peine à verticaliser. Bassin normal.

Le 30 janvier, à 10 h. 25 : brusquement perd un flot de sang (1.070 grammes) en quelques minutes.

Au toucher : col effacé. Des caillots intra-utérins séparent la présentation du doigt explorateur. Le diagnostic, à peu près certain, est celui de variété recouvrante de l'insertion vicieuse du placenta. L'on décide aussitôt de pratiquer une césarienne. Pouls à 88. T. A. à 42,5-7. Br. d. c. : bons.

A 14 h. 45 : intervention. Anesthésie au chloroforme. Césarienne corporéale conservatrice. Laparatomie sus et sous-ombilicales. Extériorisation de l'utérus. Incision médiane sur la partie supérieure de la face antérieure. Rupture des membranes : liquide teinté. Extraction d'un enfant pesant 4.070 grammes. Extraction du placenta. Il est inséré sur le segment inférieur. On le décolle d'abord sur la face antérieure puis on achève le décollement en arrière. L'orifice utérin est un peu plus rapproché du bord postérieur du placenta que de la circonférence antérieure, de telle sorte que deux tiers de la masse placentaire est en avant et le tiers environ en arrière : l'insertion est donc recouvrante. A ce moment, l'utérus est mou et saigne. Ergotine sous-cutanée. Suture de la paroi en trois plans, sans drainage. Sérum artificiel 500 cc.

Suites opératoires excellentes.

Quitte la clinique trente jours après l'intervention.

V^e Obs. n^o 1.689, année 1924.

Multipare (IX p.) de 31 ans; syphilitique traitée, ayant fait six avortements, dont quatre provoqués et deux spontanés. Deux enfants vivants.

IX^e gestation actuelle : D. R. : 7-10 mars 1924. Du 5^e au 8^e mois, plusieurs hémorragies abondantes.

Le 13 novembre 1924, entre à la clinique pour hémorragies. Examen à l'entrée : présentation inclinée dans la fosse iliaque gauche; enfant vivant; excès de liquide.

A 15 h. 30 : la femme perd les eaux.

A 19 h. 30 : suintement sanguin léger.

A 22 h. 30 : forte hémorragie. Altération de l'état général. Pouls à 150. Extrémités froides. Température 36°5. Même situation du fœtus. Pas de bruits du cœur.

T. V. : col scléreux, présente des cicatrices de déchirures antérieures. Il n'est pas dilatable. Son orifice admet à peine l'extrémité de l'index. Pour ces raisons, on décide de pratiquer une hystérectomie en vase clos.

A 24 heures : intervention. Anesthésie au chloroforme. Laparotomie sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus. Hystérectomie typique en vase clos après ligature préalable des pédicule vasculaires. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Après l'intervention, pouls incomptable. Sérum glucosé intraveineux. Sort le 5 décembre en bon état.

VII^e Obs., n^o 871, année 1924.

Primipare de 34 ans. D. R. : 10 au 15 octobre 1923. *Entre à la clinique le 18 juin 1924* pour hémorragies du début du travail.

Examen : tête bien fixée, enfant vivant. Contractions utérines peu intenses, espacées; filet de sang s'écoule par la vulve.

T. V. : segment inférieur très aminci; tête en O. I. D. P. On ne trouve tout d'abord aucun orifice. On arrive enfin à déceler une zone irrégulière que l'on suppose être l'orifice cervical.

Au spéculum : un tout petit orifice par lequel s'écoule un mince filet de sang.

Au bout de deux heures : la situation n'a pas changé. Une tentative de vrillage au doigt de l'orifice cervical échoué.

A l'aide d'une pince à pansements l'on agrandit un peu (0,50 cm.) l'orifice. En arrière on sent une languette placentaire décollée.

Le lendemain, même situation; recrudescence de l'hémorragie. On décide de pratiquer une césarienne pour hémorragie et anomalie de dilatation persistante.

A 2 h. 45 l'intervention, laparotomie sus et sous-ombilicale; extériorisation de l'utérus.

Extraction d'un enfant vivant qui crie aussitôt.

Le placenta est inséré sur la face postérieure de l'utérus; son bord supérieur remonte jusqu'au fond utérin. Il est fortement adhérent au niveau du segment inférieur et du col. On l'extrait par fragments avec beaucoup de difficulté.

Suture de l'utérus à la soie n° 4. Surjet péritonéal au catgut. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Suites opératoires : subfébriles 15 jours. Sort le 12 juillet en bon état.

VIII^e Obs., n° 1.105, année 1926.

Primipare de 41 ans. D. R. : Des hémorragies répétées depuis le 7^e mois jusqu'au 9^e se continuent par des hémorragies du travail.

Le 19 avril 1926 : entre à la clinique. Examen : plusieurs fibromes pariétaux; col fortement déjeté à gauche, présentation du siège élevée. Bassin normal.

Des hémorragies apparaissent avec les premières douleurs. La présentation reste élevée. On décide de pratiquer une césarienne basse pour hémorragies dues à une intervention vicieuse du placenta.

Le 7 juin : intervention. Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Incision du cul-de-sac vésico-utérin. Décollement de la vessie et du péritoine. Incision du

segment inférieur. Extraction d'un enfant vivant. Le placenta est inséré sur la face postérieure du segment inférieur, une languette en est décollée. L'utérus porte des noyaux fibromateux disséminés. Fermeture de l'utérus. La rétraction utérine est médiocre. Fermeture de la paroi en trois plans, sans drainage.

Sort le 15 juillet en bon état.

VIII^e Obs., n° 2.017, année 1926.

Primipare de 21 ans. D. R. : 9 au 14 janvier 1926. Au 9^e mois sont apparues des hémorragies abondantes avec les premières douleurs.

Le 28 octobre 1926 : entre à la clinique. Examen : présentation très élevée; tête déborde fortement le pubis. Col dilaté comme 2 francs. On ne peut pas arriver sur les membranes. Le placenta occupe l'orifice cervical. Enfant vivant. Etat général bon. Pouls au-dessus de 100.

On pratique la rupture des membranes avec beaucoup de difficulté. L'hémorragie diminue, puis s'arrête. Br. du c. : 0. La température est à 37°. Pouls à 120.

A 17 h. 30, à 18 heures, à 18 h. 30, situation inchangée. A 21 h. 25, la femme ne perd plus.

Le 29 juin, à 11 heures : apparaît une contracture utérine permanente de l'utérus. L'hémorragie, arrêtée depuis la veille au soir, reprend dès que l'on pratique un toucher. Col dilatable comme 2 francs. Enfant mort. L'on décide, puisqu'il s'agit d'une primipare, de faire une césarienne, suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

Intervention : Césarienne haute classique.

On extrait un enfant mort qui pèse 3.300 grammes.

Délivrance : le placenta était inséré sur la paroi postérieure de l'utérus, recouvrant le col et remontant sur la paroi antérieure de deux travers de doigts.

Suites opératoires : état sub-fébrile ne dépassant pas 38° pendant 15 jours.

Le 30 novembre : réintégration de l'utérus extériorisé. Fermeture de la paroi en trois plans, sans drainage.

IX° Obs., n° 441, année 1924.

XI pare de 33 ans. Histoire des gestations antérieures : trois avortements, sept accouchements normaux, quatre enfants vivants.

Sa XI° gestation actuelle : D. R. du 18 au 20 juin 1923.

Le 10 novembre 1923 : vue à la consultation : gestation normale de quatre mois.

Le 12 février 1924 : entre à la clinique pour hémorragies abondantes ayant cessé spontanément.

Le 28 février 1924 : nouvelles hémorragies.

Le 25 mars 1924 : début du travail, nouvelles hémorragies. L'enfant étant vivant, la femme, une grande multipare, on décida de faire une césarienne suivie d'hystérectomie. Hystérotomie médiane. On tombe sur le sac membraneux. Extraction de l'enfant vivant. Rapprochement des lèvres de la plaie avec des pinces de Museux.

Hystérectomie : section des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds entre deux pinces. Repérage des pédicules utérins et mise en place des pinces correspondantes. Section sus-vaginale du col. Fermeture du col au catgut n° 3. Ligature des six pédicules vasculaires. Toilette du petit bassin. Rien ne saigne. Péritonisation : surjet au catgut n° 2. Appendicectomie. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires normales.

Sort de la clinique le 15 avril 1924, en bon état.

Conclusions

L'étude de nos 125 observations nous amène à proposer les conclusions suivantes :

1° Les hémorragies par insertion vicieuse du placenta, ne réclament qu'exceptionnellement un traitement actif avant le début du travail. Lorsque en raison de l'anémie consécutive aux hémorragies, on est obligé d'intervenir, les procédés chirurgicaux doivent être préférés aux procédés anciens de provocation de l'accouchement;

2° Les hémorragies qui se produisent au cours du travail réclament un traitement actif immédiat. Le choix du traitement est déterminé par le diagnostic exact de la variété d'insertion placentaire devenue possible et par les circonstances cliniques générales et locales, en particulier par l'appréciation de la valeur fonctionnelle de l'utérus;

3° Pour les variétés latérales et pour un certain nombre de cas de variétés marginales, la simple rupture large des membranes est le traitement de choix;

4° Pour certaines variétés marginales et pour les variétés recouvrantes, l'évacuation chirurgicale de l'utérus doit être en principe préférée au traitement obstétrical (ballon, version bipolaire);

5° Toutes les fois que la valeur fonctionnelle de l'utérus est altérée, soit primitivement (lésions cervicales, sclérose des parois tant cervicales que corporéales), soit secondairement (contracture consécutive à l'application de ballon ou à la version bipolaire) l'évacuation chirurgicale de l'utérus constituera la thérapeutique de choix ;

6° La technique de l'intervention chirurgicale est subordonnée aux conditions cliniques. Les procédés d'hystérotomie corporéale ou basse seront réservés aux cas où, avant et au cours de l'opération, la conservation de l'utérus paraît possible sans trop de risques.

Dans tous les autres cas, mieux vaudra pratiquer une hystérectomie.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*
ROGER. COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Université de Paris,

CHARLÉTY.

Table des Matières

	Pages
I. PARTIE : Etude Analytique d'ensemble.....	16
CHAPITRE I. : Etude des hémorragies au cours de la gestation.....	18
Caractères généraux.....	18
1 ^o Date d'apparition au cours de la gestation.....	18
2 ^o Description des hémorragies.....	19
— répétition.....	19
— abondance.....	19
Evolution des hémorragies....	20
Etude du 1 ^{er} groupe.....	20
Etude du 2 ^e groupe.....	22
CHAPITRE II. : Etude des hémorragies au cours du travail	26
I. Date d'apparition du travail	26
II. Caractère généraux des hémorragies.	27
Abondance	27
Date de leur apparition au cours du travail.....	28
III. Evolution des hémorragies.....	28
Premier groupe : La rupture des membranes a été suffisante pour arrêter l'hémorragie.....	29
1 ^o Evolution de l'accouchement.....	32
2 ^o Evolution de la délivrance.....	32
3 ^o Résultats.....	33
a) Mortalité maternelle.....	33
b) Mortalité maternelle.....	34
c) Résultats pour les enfants....	35
Deuxième groupe : La rupture des membranes a été insuffisante pour arrêter l'hémorragie.....	37

1° Cas traités par la version de Buxton Hicks.....	37
2° Cas traités par la pose du ballon.....	37
1° Evolution de l'accouchement.....	40
2° Evolution de la délivrance.....	40
3° Résultats.....	41
a) Mortalité maternelle.....	41
b) Mortalité maternelle.....	42
c) Résultats pour le fœtus.....	42
Troisième groupe : Les interventions chirurgicales.....	44
Résultat maternel et fœtal.....	47
II. PARTIE : Etude critique.....	49
Discussion des thérapeutiques mises en œuvre pendant la gestion.....	49
Discussion des thérapeutiques mises en œuvre en cours du travail.....	51
I. Discussion du 3° groupe ...	51
II. — du 1 ^{er} groupe ...	53
III. — du 2 ^e groupe ...	54
Etude d'ensemble des indications thérapeutiques, choix de l'intervention.....	58
Observations	61
Conclusions.....	77

